



Thrombose Veineuse Superficielle Actualités 2011

Jean Pierre Laroche

Médecin Vasculaire

CHU Montpellier



Définition

■ En général :

- * Thrombose d'une veine superficielle quelle qu'elle soit, quelque soit la localisation
- * En pratique, sans spécification, on entend **TVS du membre inférieur**

■ Thrombose Veineuse Superficielle ou Thrombophlébite Superficielle ?

- * Classiquement : Thrombose veineuse superficielle lorsque la thrombose l'emporte largement sur la composante inflammatoire
- * Thrombophlébite lorsque la réaction inflammatoire ou l'infection est largement associée au processus thrombotique (*Cesarone et al., Angiology. 2007;58:7S-15S*)

Le terme de thrombose veineuse superficielle doit être préféré et utilisé

■ Sont généralement exclues :

- * Veinite post-injection
- * Thrombophlébite sclérothérapique ou post-procédure endoveineuse
- * TVS de diagnostic histologique (« veinulites »)



Attention

- **TVS sur Varices** : Grande et Petite Saphène et leurs branches
 - Complication des varices
- **TVS sur veines saines**
 - Le plus souvent secondaires (thrombophilies et ou cancer)
 - Phlébite de Mondor
 - **Buerger, Bechet etc..**



Superficial Venous Thrombosis and Venous Thromboembolism

A Large, Prospective Epidemiologic Study

Hervé Decousus, MD; Isabelle Quéré, MD; Emilie Presles, MD; François Becker, MD; Marie-Thérèse Barrellier, MD; Myriam Chanut, MD; Jean-Luc Gillet, MD; Hervé Guenneguez, MD; Christine Leandri, MD; Patrick Mismetti, MD, PhD; Olivier Pichot, MD; and Alain Leizorovicz, MD, for the POST (Prospective Observational Superficial Thrombophlebitis) Study Group*

Background: Superficial venous thrombosis (SVT) is perceived to have a benign prognosis.

Objective: To assess the prevalence of venous thromboembolism in patients with SVT and to determine the 3-month incidence of thromboembolic complications.

Design: National cross-sectional and prospective epidemiologic cohort study. (ClinicalTrials.gov registration number: NCT00818688)

Setting: French office- and hospital-based vascular medicine specialists.

Patients: 844 consecutive patients with symptomatic SVT of the lower limbs that was at least 5 cm on compression ultrasonography.

Measurements: Incidence of venous thromboembolism and extension or recurrence of SVT in patients with isolated SVT at presentation.

Results: Among 844 patients with SVT at inclusion (median age, 65 years; 547 women), 210 (24.9%) also had deep venous thrombosis (DVT) or symptomatic pulmonary embolism. Among 600 patients without DVT or pulmonary embolism at inclusion who were eligible for 3-month follow-up, 58 (10.2%) developed throm-

boembolic complications at 3 months (pulmonary embolism, 3 [0.5%]; DVT, 15 [2.8%]; extension of SVT, 18 [3.3%]; and recurrence of SVT, 10 [1.9%]), despite 540 patients (90.5%) having received anticoagulants. Risk factors for complications at 3 months were male sex, history of DVT or pulmonary embolism, previous cancer, and absence of varicose veins.

Limitation: The findings are from a specialist referral setting, and the study was terminated before the target patient population was reached because of slow recruitment.

Conclusion: A substantial number of patients with SVT exhibit venous thromboembolism at presentation, and some that do not can develop this complication in the subsequent 3 months.

Primary Funding Source: GlaxoSmithKline, sanofi-aventis, and the Ministère Français de la Santé et des Sports (Programme Hospitalier de Recherche Clinique).

Ann Intern Med. 2010;152:218-224.

For author affiliations, see end of text.

* For a list of participating committees and investigators, see the **Appendix** (available at www.annals.org).

www.annals.org



Predictive factors for concurrent deep-vein thrombosis and symptomatic venous thromboembolic recurrence in case of superficial venous thrombosis

OPTIMEV

The OPTIMEV study

Jean-Philippe Galanaud^{1,2}; Celine Genty^{3,4}; Marie-Antoinette Sevestre^{3,4,5}; Dominique Brisot^{1,6}; Michel Lausecker⁷; Jean-Luc Gillet⁸; Carole Rolland^{3,4}; Marc Righini⁹; Georges Leftheriotis¹⁰; Jean-Luc Bosson^{3,4}; Isabelle Quere^{1,2}; the OPTIMEV SFMV investigators*

¹Vascular medicine unit, Department of internal medicine, University Hospital, Montpellier, France; ²Research Unit EA2992, Montpellier 1 University, Montpellier, France; ³Techniques de l'Ingénierie Médicale et de la Complexité (TIMC), Unité Mixte de Recherche 5525, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Université Joseph Fourier, Grenoble, France; ⁴Clinical Investigation Center, University Hospital, Grenoble, France; ⁵Vascular medicine Unit, Amiens University Hospital, Amiens, France; ⁶Vascular medicine physician, Clapiers, France; ⁷Vascular medicine physician, Selestat, France; ⁸Vascular medicine physician, Bourgoin-Jallieu, France; ⁹Division of Angiology and Haemostasis, Geneva University Hospital, Geneva, Switzerland; ¹⁰Vascular Medicine Unit, University Hospital, Angers, France

Summary

Superficial venous thrombosis (SVT) prognosis is debated and its management is highly variable. It was the objective of this study to assess predictive risk factors for concurrent deep-vein thrombosis (DVT) at presentation and for three-month adverse outcome. Using data from the prospective multicentre OPTIMEV study, we analysed SVT predictive factors associated with concurrent DVT and three-month adverse outcome. Out of 788 SVT included, 227 (28.8%) exhibited a concurrent DVT at presentation. Age >75years (odds ratio [OR]=2.9 [1.5–5.9]), active cancer (OR=2.6 [1.3–5.2]), inpatient status (OR=2.3 [1.2–4.4]) and SVT on non-varicose veins (OR=1.8 [1.1–2.7]) were significantly and independently associated with an increased risk of concurrent DVT. 39.4% of SVT on non-varicose veins presented a concurrent DVT. However, varicose vein status did not influence the three-month prognosis as rates of death, symptomatic venous thromboembolic (VTE) recurrence and major bleeding were equivalent in both non-varicose and

varicose SVTs (1.4% vs. 1.1%; 3.4% vs. 2.8%; 0.7% vs. 0.3%). Only male gender (OR=3.5 [1.1–11.3]) and inpatient status (OR=4.5 [1.3–15.3]) were independent predictive factors for symptomatic VTE recurrence but the number of events was low (n=15, 3.0%). Three-month numbers of deaths (n=6, 1.2%) and of major bleedings (n=2, 0.4%) were even lower, precluding any relevant interpretation. In conclusion, SVT on non-varicose veins and some classical risk factors for DVT were predictive factors for concurrent DVT at presentation. As SVT remains mostly a clinical diagnosis, these data may help selecting patients deserving an ultrasound examination or needing anticoagulation while waiting for diagnostic tests. Larger studies are needed to evaluate predictive factors for adverse outcome.

Keywords

Superficial vein thrombosis, thrombophlebitis, deep-vein thrombosis, pulmonary embolism, varicose veins



Epidémiologie : Principaux résultats d'OPTIMEV et POST

	OPTIMEV	POST
TVS totales	788	844
TVS isolées	556 (71%)	634 (75%)
TVS associées à une TVP/EP	227 (29%)	210 (25%) PERFORANTE
TVS sur veines variqueuses	506 (65%)	690 (82%)
Traitement anticoagulant des TVS isolées	381/499 (76%)	540/600 (90%)
Complications thromboemboliques veineuses symptomatiques à 3 mois après épisode de TVS isolée	15/499 (3%) dont TVP : 3/499 (0,6%) dont EP : 3/499 (0,6%)	46/586 (8%) dont TVP : 15 (2,8%) dont EP : 3 (0,5%)

ETV : Evènement Thromboembolique Veineux

Galanaud et al., Thrombosis and Haemostasis. 2010;Sep 30;105(1)

Decousus et al., Annals of Internal Medicine. 2010;152:218-224



TVS et TVP - EP

Chez les patients avec TVS confirmée

6 à 44% ont ou auront une TVP associée,

2 à 13% avec EP symptomatique

20 à 33% avec EP asymptomatique

La plupart de ces ETEv concernent des thromboses tronculaires de la veine grande saphène (Cochrane data)

Dans les RCT, l'incidence des ETEv (TVP - EP) sans traitement varie de 0 à 14% (incidence pondérée estimée à $6.2 \pm 1.4\%$)

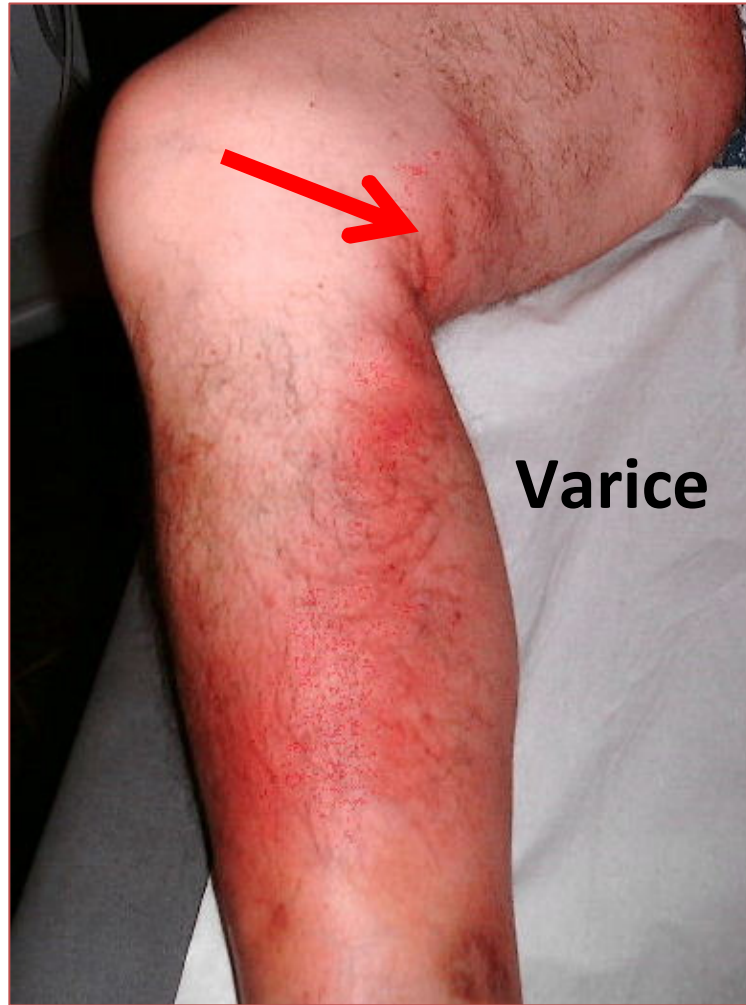


Épidémiologie de la TVS : à retenir

- Les TVS sont au moins aussi fréquentes que les TVP
- Environ 25% des TVS sont associées à une TVP/EP
- La plupart des TVS sont sur des veines variqueuses
- Les taux d'évènements symptomatiques à 3 mois sont élevés (8% dans POST)
- Malgré un traitement anticoagulant dont les modalités sont très diverses



Diagnostic Clinique



Diagnostic Clinique



**TVS asymptomatique
Découverte au décours
Echo Doppler et Suspicion
de TVP : facteur de mauvais
pronostic (cancer)**



Diagnostic différentiel



**Syndrome de Sweet
(Leucémie Myéloïde aigue)**



**Maladie de Lyme
(Borréliose)**



Erysipéle



Diagnostic différentiel



Erythème Noux

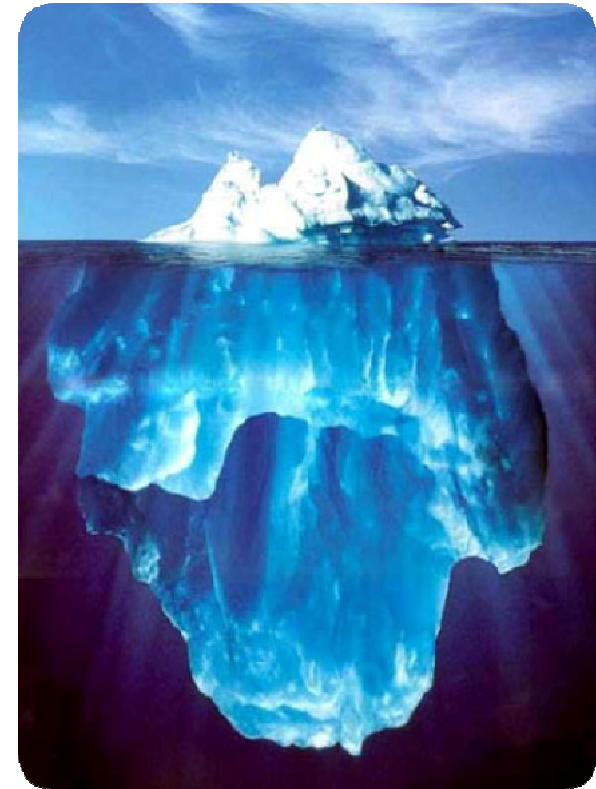


Lymphangite



Limites de la clinique...

- **La zone inflammatoire ne préjuge pas de l'extension proximale de la TVS**
- **Face à une TVS symptomatique, l'examen clinique est le plus souvent incapable de suspecter une TVP associée ipsilatérale**
- **Une TVS symptomatique isolée sur un membre inférieur peut être associée à une TVP asymptomatique sur le membre inférieur controlatéral**
- **L'examen clinique seul est relativement peu performant pour distinguer TVS sur veine variqueuse et TVS sur veine non-variqueuse.....rarement !**



**Nécessité absolue de réaliser un
Echo Doppler**



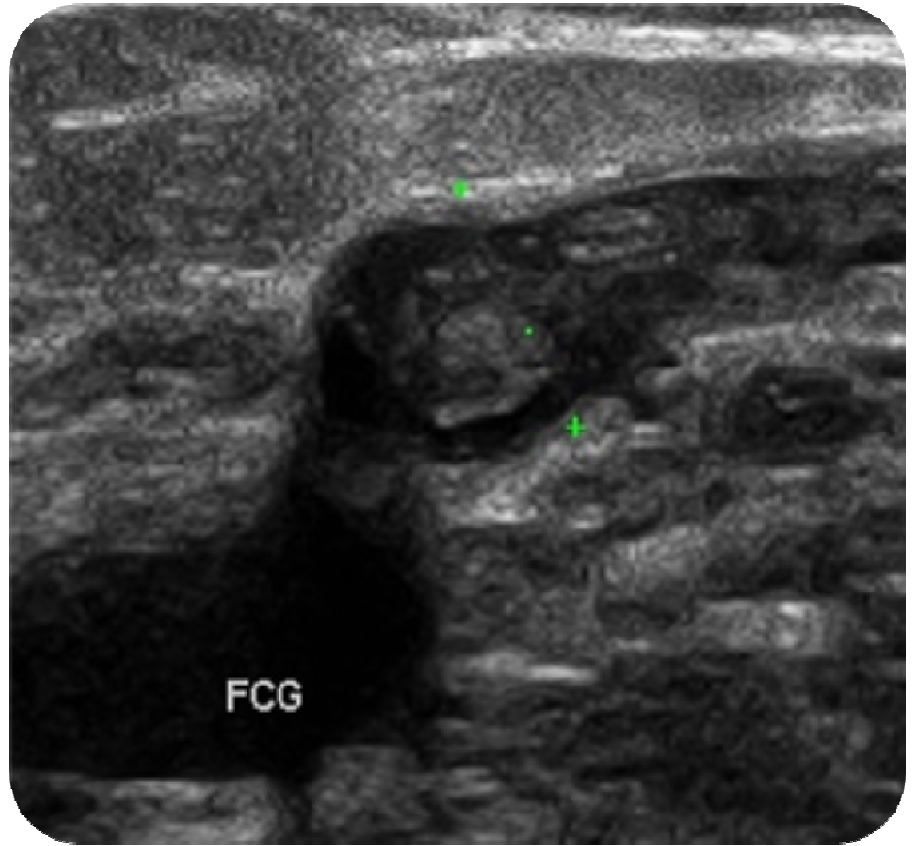
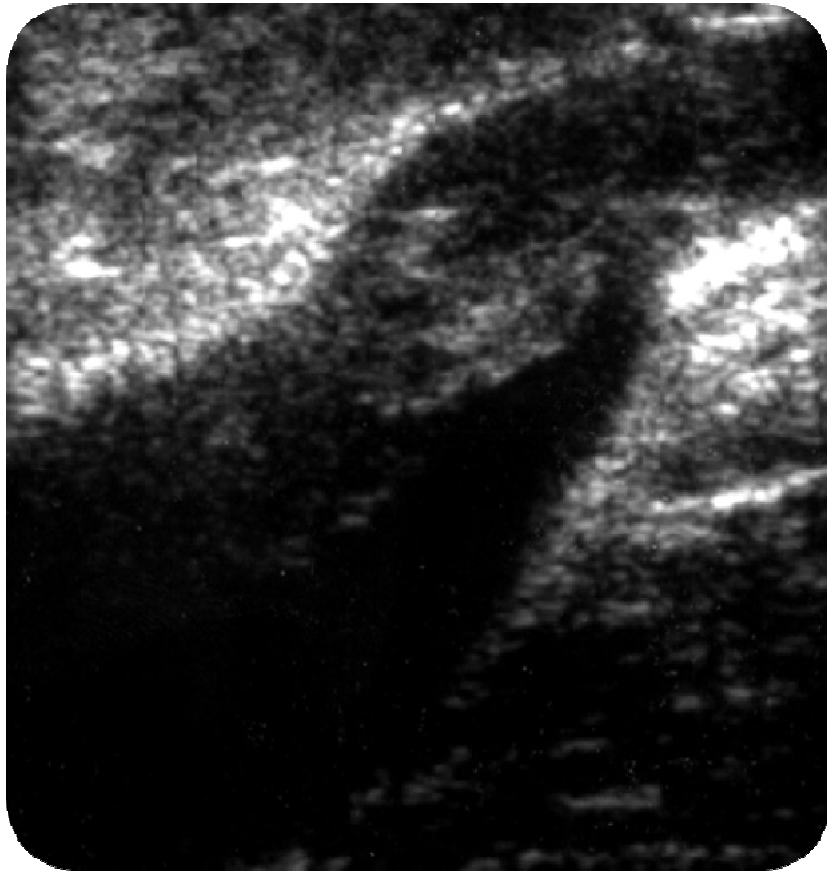


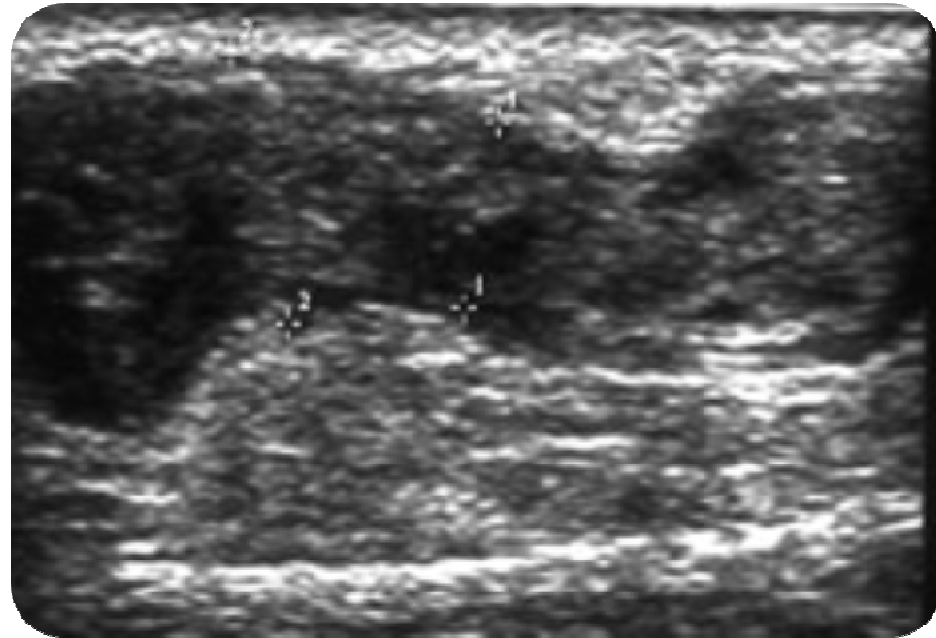
100%

196/197
29Hz

5.00MR P2.0 G53 C16 A2

Dist: 3.7mm





Echo Doppler et TVS



Et c'est TOUT !



Prise en charge thérapeutique des TVS

- **Anticoagulation** : CURATIVE / PREVENTIVE par HBPM ou Fondaparinux
- **AVK**
- **AINS local /général**
- **Compression médicale (CLASSE 3)**
- **Chirurgie** : crossectomie en urgence ou non ?

Le choix des armes



Le point sur les études

- **1. STENOX** (*Archives of Internal Medicine. 2003;163:1657-1663*) : Tendence favorable aux HBPM vs AINS et placebo
- **2. VESALIO** (*Journal of Thrombosis and Haemostasis. 2005;3:1152-7*) : Pas de différence significative à 3 mois entre les deux doses d'HBPM (curatif et préventif)
- **3. CALISTO** : (*New England Journal of Medicine. 2010;363:1222-32*) : étude française



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Fondaparinux for the Treatment of Superficial-Vein Thrombosis in the Legs

Hervé Decousus, M.D., Paolo Prandoni, M.D., Ph.D., Patrick Mismetti, M.D., Ph.D.,
Rupert M. Bauersachs, M.D., Zoltán Boda, M.D., Benjamin Brenner, M.D.,
Sily Laporte, M.S., Ph.D., Lajos Matyas, M.D., Saskia Middeldorp, M.D., Ph.D.,
German Sokurenko, M.D., and Alain Leizorovicz, M.D.,
for the CALISTO Study Group.*

N Engl J Med. 2010;363(13):1222-1232



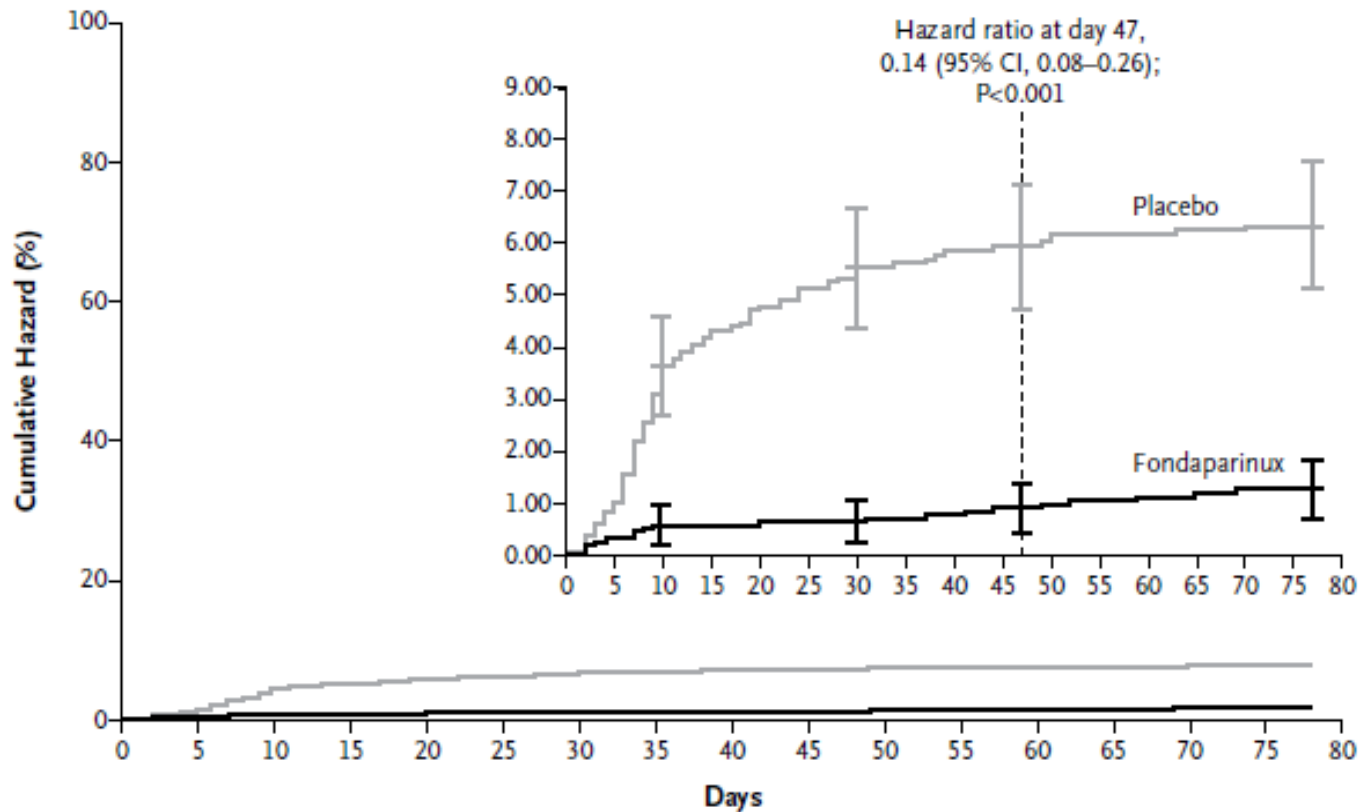
Traitement des TVS : étude CALISTO

Fondaparinux 2.5 mg, 45 j

	Incidence % fondaparinux	Incidence % placebo	RR avec fondaparinux	IC	p
Critère composite primaire à J47	0,9	5,9	0,15	0,08-0,26	< 0,001
Critère composite à J77	1,2	6,3	0,19	0,12-0,32	< 0,001
Thrombose veineuse profonde ou embolie pulmonaire symptomatique à J 47	0,2	1,3	0,15	0,05-0,50	< 0,001
Saignements majeurs	0,1	0,1	1		1,0

Decousus H, Prandoni P, Mismetti P et coll. Fondaparinux for the Treatment of Superficial-Vein Thrombosis in the Legs. N Engl J Med. 2010;363(13):1222-1232





No. at Risk	Day 10±2	Day 30±2	Day 45±2	Day 75±2
Placebo	1437	1399	1388	1330
Fondaparinux	1483	1477	1468	1410

Figure 1. Kaplan–Meier Estimates of the Probability of the Primary Efficacy Outcome, According to Study Group.

The primary efficacy outcome was a composite of death from any cause, symptomatic pulmonary embolism, symptomatic deep-vein thrombosis, or symptomatic extension to the saphenofemoral junction or symptomatic recurrence of superficial-vein thrombosis. Data from patients who were lost to follow-up were censored at the time of the last contact. I bars indicate 95% confidence intervals.

Decousus H, Prandoni P, Mismetti P et coll. Fondaparinux for the Treatment of Superficial-Vein Thrombosis in the Legs. N Engl J Med. 2010;363(13):1222-1232



Quid des AMM actuelles

- Les HBPM n'ont pas d'AMM pour le traitement des TVS que ce soit à titre curatif ou préventif
- Les AVK : idem
- COMPRESSION MEDICALE de Classe 3 : oui

Mais



TVS, nouvelle AMM, Novembre 2010

- **ARIXTRA 2.5 mg** : 1 inj / pendant 30 à 45 j en cas de TVS s'arrêtant à 3 cm de la jonction saphéno fémorale avec respect des CI d'ordre rénal (**CI Créat < 50 ml /mn**)



CALISTO 2010

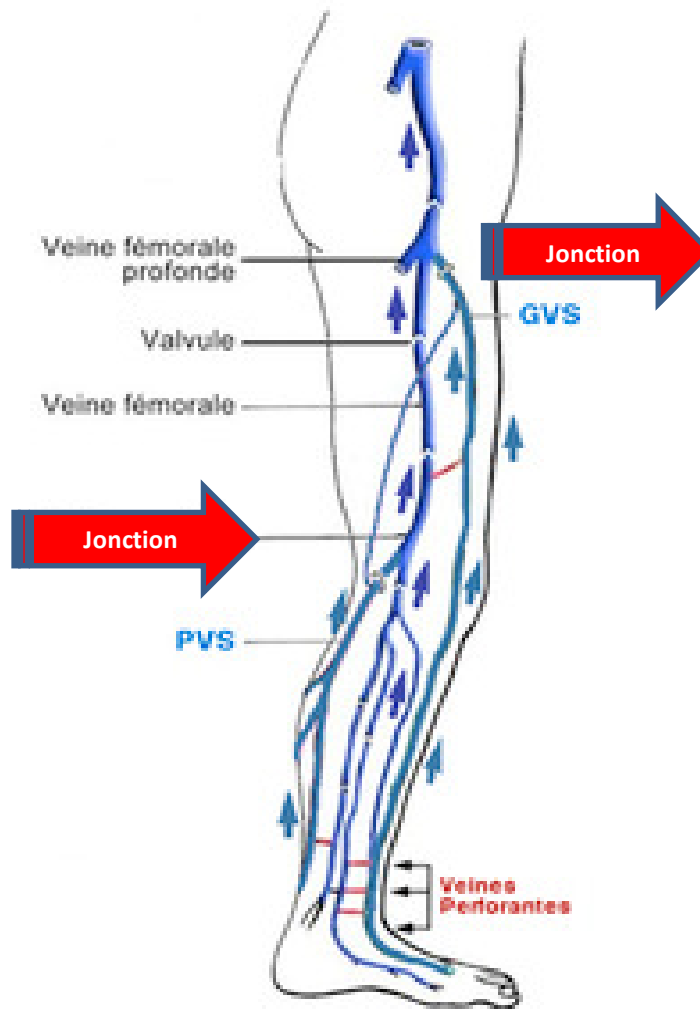


En cas d'atteinte de la crosse

- Fondaparinux ou HBPM curatif (4 à 6 semaines)
- Pas de relais AVK
- Traitement secondaire des varices +++



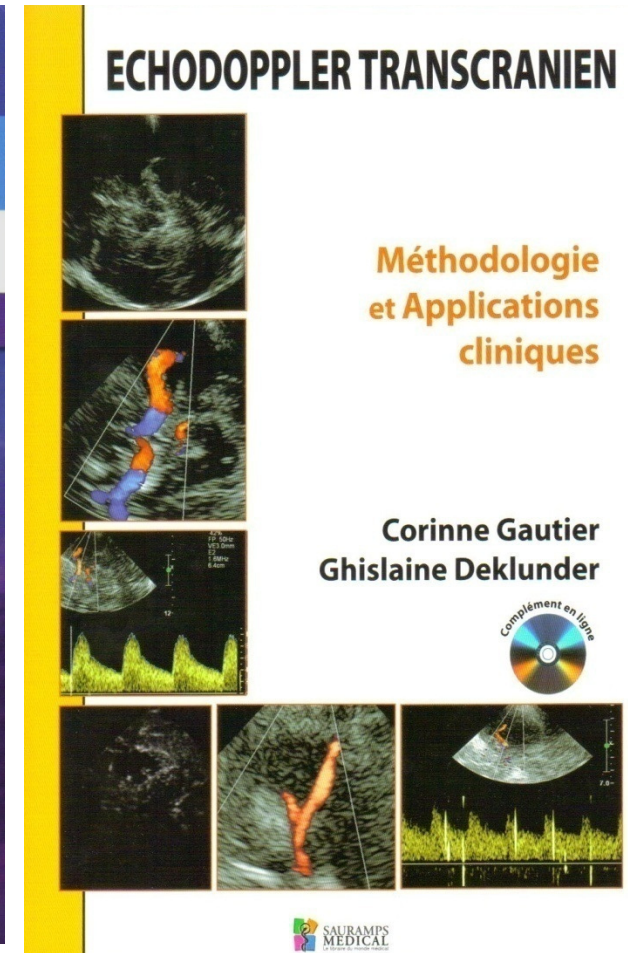
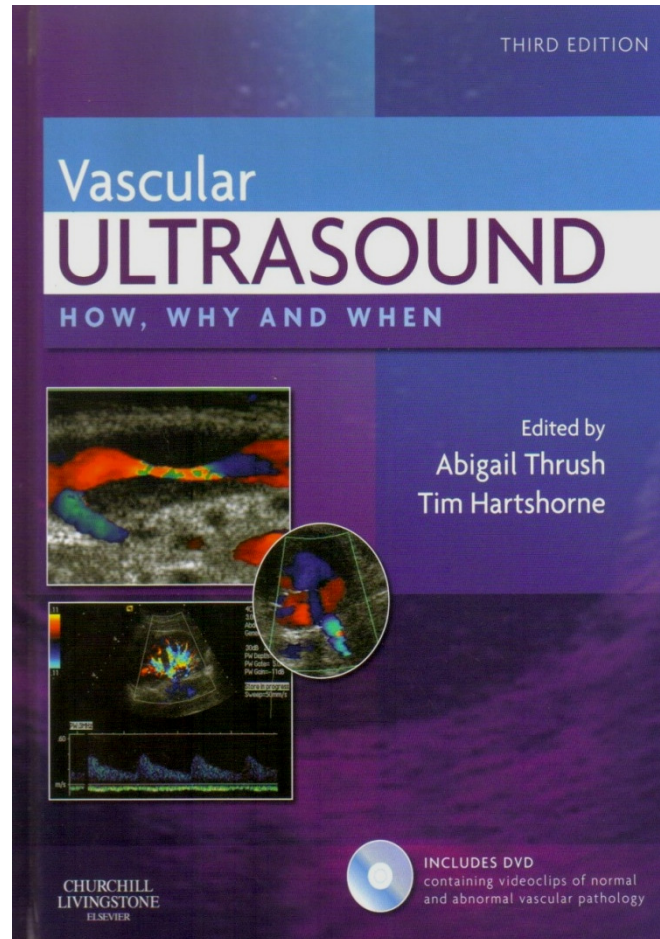
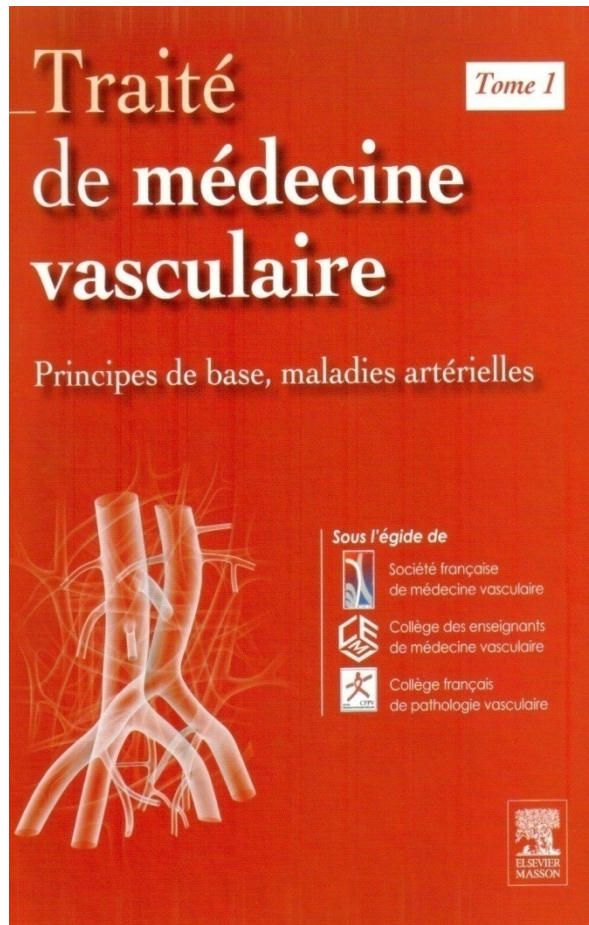
Synthèse



TVS VARICES	
< 3 cm jonction (GS /PS)	Fondaparinux 2.5 mg
jonction	Fondaparinux ou HBPM curatif
Quelque soit le topographie de la TVS	Compression CLASSE 3
Pas de relais AVK	
Pas de CHIRURGIE d'urgence	
Traitement complémentaire Varices	



Bibliographie 2011





Thrombose Veineuse Superficielle Actualités 2011

Jean Pierre Laroche

Médecin Vasculaire

CHU Montpellier

